

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

400

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Décembre 1905, à 1 heure

PAR

Raymond LEMIERE

Né à Commentry (Allier) le 10 août 1879

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Dyspepsie

ET

Hernie épigastrique

Président : M. BRISSAUD, professeur

Juges { *MM. KIRMISSON, professeur*
ACHARD, agrégé
GOSSET, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	ROGER.
Maladies des enfants.....		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.....		LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.....	}	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GAUCHER.
Clinique d'accouchements.....	}	RAYMOND
Clinique gynécologique.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....		TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
		DE LAPERRONNE
		GUYON.
	}	BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin à l'Hôtel-Dieu.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Dyspepsie

ET

Hernie épigastrique

INTRODUCTION

Pendant notre séjour dans le service de M. le Dr Le Noir, nous avons eu l'occasion de voir fréquemment à la consultation externe des maladies de l'estomac, un grand nombre de malades porteurs de hernies épigastriques plus ou moins apparentes.

En interrogeant ces malades, nous avons souvent constaté que des diagnostics de dyspepsie, de gastro-entérite, voire même de tabes et de neurasthénie avaient été portés avec une assurance dont témoignaient les nombreuses ordonnances prescrites à nos consultants.

Ce fait joint à la connaissance que nous avons eue,

ces derniers temps, de quelques cas de pseudo-dyspepsies d'origine réflexe, nous a décidé, sur le conseil d'un de nos anciens maîtres, M. Le Dr Le Noir, a faire de ce sujet l'objet de notre thèse inaugurale.

Le diagnostic de hernie épigastrique est, en effet, souvent difficile à établir en raison de ses symptômes gastro-intestinaux, et cette difficulté signalée par les plus anciens auteurs qui aient traité de la question réside beaucoup moins dans l'incertitude et la variabilité des symptômes de cette affection que dans un défaut de méthode séméiologique. Si le chirurgien y pense toujours, le médecin l'ignore généralement : M. le Dr Berthomier, chirurgien en chef de l'hospice de Moulins, a vu quatre-vingts cas de hernie épigastrique, sur ce chiffre, cinq seulement sont venus réclamer l'intervention chirurgicale, les autres temporisaient sur l'avis de leurs médecins. Ce fait n'est pas unique.

La rareté de cette affection (nous reviendrons sur ce sujet) explique évidemment cette incertitude ; mais, sans vouloir poser ici une question de doctrine, la division nécessaire des sciences médicales en pathologie interne et pathologie externe, l'inévitable répartition des services hospitaliers en médecine et chirurgie, ne déterminent-elles pas aussi bien chez ceux qui enseignent que chez ceux qui étudient un état d'esprit quelquefois exclusif, sinon opposé sur certaines questions ? Certaines maladies ont leur traitement médical et leur traitement chi-

rurgical et l'indication de l'un ou de l'autre est-elle bien toujours tirée de la marche du pronostic et des complications de la maladie ? Ne dépend-elle pas aussi souvent de l'esprit plus ou moins interventionniste du médecin consulté ?

Il y a des maladies internes et des maladies externes : il doit donc y avoir des médecins et des chirurgiens et en raison du développement toujours croissant de toutes les branches de l'art médical, la spécialisation s'impose et s'imposera de plus en plus ; mais ce que tous les médecins doivent spécialement connaître, c'est le diagnostic précis de toutes les maladies, de celles qu'ils sont aptes à soigner, comme de celles qu'ils devront passer à leurs confrères plus autorisés ou plus compétents qu'eux-mêmes.

En étudiant la bibliographie très étendue relative à la hernie épigastrique, nous nous sommes rendu compte que le diagnostic différentiel de cette affection étudié cependant par de très nombreux auteurs, n'a jamais été décrit spécialement : là cependant réside souvent tout l'intérêt de la question pour le praticien.

La pathogénie est également assez restreinte.

Nous nous sommes donc efforcé d'étudier en détail ces deux côtés de la question : pathogénie et diagnostic différentiel. Pour compléter cette étude nous y avons adjoint un court historique du sujet suivi de notions anatomiques indispensables pour l'étude du mécanisme pathogénique.

Mais avant d'entreprendre ce travail, nous avons à remplir un devoir de reconnaissance envers les maîtres dévoués qui ont bien voulu nous prodiguer leurs enseignements et leurs conseils. La vie à l'hôpital est souvent moins un aride enseignement qu'un vivant exemple donné par les maîtres non seulement d'infailible savoir, de haute sagacité et de merveilleux talents, mais aussi de dignité professionnelle et de bonté, de pitié et de désintéressement, de charité et de justice. Pour tout cela, nous leur dirons de tout cœur merci.

Que MM. les D^{rs} Auclair, Le Noir, Maygrier, Routier, Le Dentu, Renon, Moizard, Campenon, J. Camus, P. Camus, Courcoux, Ambard, Burgos, Wicard, Devraigne, reçoivent ici l'expression de notre entière gratitude.

Nous remercions aussi bien vivement M. le docteur Berthomier, chirurgien en chef de l'hôpital de Moulins, de la statistique et des observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Nous sommes très reconnaissant à M. le professeur Brissaud de l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse.

HISTORIQUE

La hernie épigastrique et son cortège de troubles digestifs est depuis longtemps connue.

En 1285, Arnauld de Villeneuve, premier médecin du roi d'Aragon, rapporte l'observation d'une femme de la reine atteinte de troubles digestifs intenses ; on fut longtemps à discerner la tumeur épigastrique parce qu'on examinait la malade couchée (1).

A la fin du xvi^e siècle, Camerarius de Boulogne, Reneaulme, et plus tard Fabrice de Helden, en 1643, dans ses *Opera omnia*, paraissent l'avoir entrevue.

En 1743, Garengot, dans son *Mémoire à l'Académie royale de chirurgie*, en fait une étude détaillée ; il signale les troubles digestifs dus à des tumeurs réductibles situées entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic et formées par la hernie de l'estomac à travers l'orifice dilaté de la ligne blanche. Il insiste dans une intéressante observation, que nous citons plus loin, sur les inconvénients qu'il y a à méconnaître ces tumeurs et nous fait assister à la triste odyssée d'un malade, chirurgien lui-même, allant de France

1 Thèse Lebœuf, Paris, 1896.

en Amérique, revenant par Nantes et arrivant enfin à Paris « pour y consulter ce qu'il y a de plus célèbre dans la médecine et la chirurgie, après avoir été tourmenté en vain par beaucoup de remèdes différents. »

L'année suivante, il y eut, toujours à l'Académie royale de chirurgie, une discussion où Pipelet le Jeune défendit l'existence de la hernie de l'estomac niée par Gunz de Leipzig et par Bertrandi. Séparés sur la question du contenu de la hernie, tous ces auteurs constatent les troubles dyspeptiques et la difficulté de leur diagnostic. Ils sont d'accord aussi sur le traitement qui consiste alors dans le port d'un bandage.

Cependant, au commencement du siècle dernier, en 1802 et en 1810, Maunoir de Genève et Cruveilhier firent chacun avec succès une cure radicale de hernie ; cette tentative ne fut pas renouvelée, il fut de règle de n'opérer que d'urgence (1). Cette réserve se conçoit aisément, quatre-vingts ans avant l'ère antiseptique.

En 1848, Vidal de Cassis fait, en sa thèse d'agrégation, l'étude générale complète des hernies épi-gastriques et en décrit soigneusement les symptômes.

Avec l'ère antiseptique on entreprend la cure radicale des hernies : Lucas-Championnière pratique, en 1881, la première cure radicale de hernie inguinale et, en 1885, Terrier la première cure

1. Olivier d'Angers, Scarpa, *Traité des hernies*, p. 107.

radicale de hernie épigastrique. Au congrès de chirurgie de la même année, Terrier déclare que « les hernies graisseuses de la ligne blanche déterminant des troubles digestifs peuvent être traitées par l'excision, que les hernies proprement dites doivent être traitées par l'excision ». Après les conclusions de Terrier la hernie épigastrique est entrée définitivement dans le domaine de la chirurgie ; les médecins vont commencer à l'ignorer.

En 1885, Poulet et Bousquet observent que les symptômes auxquels elle donne lieu étant des plus vagues, ces tumeurs passent fréquemment inaperçues. Le malade accuse une douleur accompagnée d'élançements, parfois de vomissements, de nausée, de constipation ; comme la palpation ne révèle rien d'anormal, le diagnostic reste souvent bien incertain. Les symptômes gastriques sont intermittents, cessent pendant l'ingestion des aliments pour reparaitre ensuite après les repas. Ce caractère spécial de la douleur devra attirer l'attention du chirurgien et l'examen de la région ombilicale a parfois permis de reconnaître la cause de prétendues dyspepsies qui persistaient depuis des années ».

En 1887, M. le Dr Bonnet dit, dans sa thèse, que les troubles fonctionnels eux-mêmes sont d'un faible secours étant similaires dans la plupart des cas et « nous sommes forcé d'avouer que le diagnostic est *souvent* d'une difficulté désespérante. »

Dans l'édition de 1891 du Dictionnaire Dechambre, Mathias Duval et Lereboullet, on retrouve l'expres-

sion de la même idée : « Elles (les hernies épigastriques) peuvent être assez petites pour passer inaperçues bien qu'elles s'accompagnent parfois de troubles digestifs assez graves. »

En 1895, Lucas-Championnière constate le même état d'esprit : « J'ai pensé, dit-il, en publiant des notes de caractère très pratique sur la cure des hernies et certaines conditions de leur traitement palliatif, devoir commencer par les hernies ombilicales et les *hernies ventrales qui sont si négligées encore que la pratique en ce qui les concerne reste tout à fait incertaine.* » (1).

Et jusqu'à nos jours cette notion d'extrême difficulté exprimée par tous les auteurs est entrée à tel point dans la pratique qu'on semble bien souvent méconnaître cette affection dont le diagnostic peut être fait cependant dans la plupart des cas.

1. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1895, p. 609.

ANATOMIE

La description anatomique de la région épigastrique n'entre pas dans notre plan, cependant nous croyons devoir en indiquer les grandes lignes comme base des considérations pathogéniques et physiologiques que nous entreprendrons plus loin. Nous l'emprunterons à l'*Anatomie topographique* de Til-
laux, page 660 : « Les couches qui constituent la portion médiane de la paroi abdominale sont beaucoup moins nombreuses que celles que nous venons d'étudier (les couches de la paroi latérale), par contre, les aponévroses d'insertion des muscles y présentent une disposition assez compliquée. La peau, une couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, une aponévrose résistante (feuillet antérieur du grand droit de l'abdomen), le muscle grand droit, etc., une deuxième aponévrose (feuillet postérieur de la gaine du grand droit), le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine, telles sont les couches que l'on observe sur les côtés de la ligne médiane.

La ligne médiane qui porte le nom de *ligne blanche* est plus simple encore, car sur presque toute sa hauteur la peau et le péritoine ne sont plus séparés

l'un de l'autre que par les couches cellulo-graisseuses qui les doublent et par une lame fibreuse dont la continuité est même interrompue par place » ménageant des orifices dans lesquels s'engagent les vaisseaux et les nerfs.

Ces couches cellulo-graisseuses obturent les interstices qui peuvent exister entre les vaisseaux et les bords de ces anneaux fibreux et elles peuvent être à cet endroit le point de départ de lipomes sous-cutanés et de lipomes sous-péritonéaux ; nous aurons à nous occuper de ces derniers dans la pathogénie de la hernie.

Ce sont, en effet, ces lipomes qui, par un mécanisme que nous étudierons plus loin pénètrent à travers les orifices ménagés par l'entrecroisement des mailles aponévrotiques et entraînent avec eux le péritoine et plus rarement l'intestin.

Poirier en fait la description suivante : « On trouve sur la ligne blanche d'abord une dépression cicatricielle, l'ombilic, puis de petits orifices vasculaires et nerveux. Ces orifices elliptiques ou losangiques, fréquents surtout dans la partie sus-ombilicale et autour de l'ombilic, établissent une communication entre le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu cellulo-adipeux pré-péritonéal. »

A côté de ces orifices physiologiques capables de s'agrandir, l'aponévrose sous l'influence d'efforts violents ou répétés peut aussi se déchirer et présenter des orifices anormaux (voir plus loin observations anatomiques de M. le Dr Launay).

Ainsi se trouve constitué le chemin par lequel les hernies pourront s'engager à travers la paroi abdominale. Quels seront les éléments de ces hernies ? Quels seront les organes appelés par leur situation anatomique à franchir ces orifices de la ligne blanche ? Le tissu graisseux péritonéal, le grand épiploon, l'intestin, l'estomac immédiatement sous-jacents sont exclusivement appelés à contribuer à la genèse de cette affection.

ETIOLOGIE

La hernie épigastrique survient surtout vers l'âge moyen de la vie. Vernet prétend qu'il en existe une variété frappant spécialement les femmes et les enfants et qu'il nomme pincement latéral momentané de l'intestin. On croyait autrefois cette affection plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; les statistiques de Berger sont venues démontrer la fausseté de cette assertion : sur 10.000 hernies, il a rencontré 116 hernies épigastriques dont 105 chez des hommes et 11 seulement chez des femmes.

On attribue à l'hérédité et à la coexistence d'autres hernies une certaine importance étiologique dans la hernie épigastrique. Chailloux cite le cas d'un malade de Gussenbauer, porteur à la fois d'une hernie inguinale et d'une hernie épigastrique et dont la mère était hernieuse. Lepage a constaté la présence de hernies dont une épigastrique chez un malade dont la mère et le frère étaient également porteurs de cette infirmité. D'une façon générale deux causes se retrouvent toujours associées ou distinctes dans l'étiologie de la hernie épigastrique : c'est d'une part l'augmentation de la pression intra-

abdominale, d'autre part la diminution de résistance des orifices fibreux de la ligne blanche.

Cette augmentation de la pression intra-abdominale peut être habituelle, comme dans l'obésité (affection dans laquelle le grand épiploon se charge de graisse et augmente ainsi la réplétion abdominale), dans l'ascite, dans le développement d'une tumeur : fibrome, kyste de l'ovaire, cancer, grossesse (dont on a exagéré l'importance étiologique au point de faire de la hernie épigastrique l'apanage presque exclusif du sexe féminin). Elle peut n'agir aussi que d'une façon intermittente comme dans l'exercice de certaines professions pénibles (coltineurs, forts de la halle), nécessitant des efforts violents et répétés. M. le Dr Témoin a noté récemment une fréquence particulière de la hernie épigastrique chez les travailleurs des champs due probablement à leur attitude si souvent penchée vers la terre.

Les affections des voies respiratoires qui se traduisent par de la toux (bronchite, coqueluche), celles du tube digestif qui se traduisent par de la constipation, plus spécialement l'exercice immodéré de la voix et du chant (artistes, crieurs publics), la funeste habitude qu'ont les nourrices de coucher les enfants sur le ventre et de les agiter pour les empêcher de crier (Sabattier), les efforts de la miction dus à un phimosis, en général tout acte physiologique ou pathologique nécessitant une fermeture de la glotte et par conséquent un excès de tension thoraco-abdominale,

peut, par sa répétition, engendrer la hernie épigastrique.

Le défaut de résistance de la ligne blanche et de ses orifices, second facteur étiologique, aurait à ce niveau, d'après Nélaton, une raison anatomique (l'écartement des muscles droits étant plus grand à leur partie supérieure qu'à leur partie inférieure) ; mais, outre cette prédisposition physiologique, nombre de causes contribuent à l'accentuer : ce sont les malformations congénitales de la région épigastrique, une fermeture incomplète de l'anneau ombilical à sa partie supérieure entraînant une disposition anormale des fibres musculaires xypho-ombilicales, l'éventration sus-ombilicale décrite par Berger ; « l'éventration sus-ombilicale, dit-il, est une disposition congénitale du ventre d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune, elle disparaît complètement avec l'âge et n'existe plus chez l'adulte où je ne l'ai rencontrée que deux fois ; dans l'un et l'autre cas la fente qui avait existé entre les muscles droits persistait, mais il n'y avait plus de saillie ni de protusion des viscères à ce niveau, ni dans la toux, ni dans les efforts. Rapprochant ce fait de la rareté de la hernie épigastrique dans l'enfance de sa fréquence relative dans l'âge adulte, je me suis souvent demandé si la hernie épigastrique n'était pas le dernier vestige de cette aplasie de la ligne blanche, que nous constatons si souvent dans le jeune âge. Avec la croissance, les tissus fibreux de la ligne blanche se sont formés, leurs mailles se sont reser-

rées, mais elles laissent des espaces losangiques plus étendus que sur une ligne blanche bien constituée, et, c'est par ces espaces depuis longtemps connus et bien décrits que vient s'engager la graisse sous-péritonéale entraînant derrière elle une petite pointe du péritoine qui lui adhère. Ce mode de production me paraît hors de doute, tout au moins pour ce qui est des hernies épigastriques multiples, sur lesquelles je viens d'attirer l'attention ».

Citons encore l'application maladroite d'un bandage ombilical après la chute du cordon, la faiblesse native de la ligne blanche (Revitzof), l'atonie musculaire, l'amaigrissement consécutif à une dyscrasie (cancer, tuberculose), l'influence des traumatismes locaux invoquée par Vitzel atténuée par Berger, la violence de certains mouvements où les muscles abdominaux entrent en jeu brusquement et déterminent des fissures nouvelles de la ligne blanche ou des éraillures des orifices physiologiques.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu les causes de la hernie épigastrique, étudions maintenant comment ces causes agissent c'est-à-dire les lésions qu'elles produisent et les symptômes qu'elles déterminent. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer le rôle pathogénique important du tissu cellulo-adipeux prépéritonéal dans la hernie épigastrique. Tillaux s'exprime de la sorte : « Les pelotons adipeux qui doublent le péritoine à sa face externe s'engagent parfois à travers les petits orifices losangiques de la ligne blanche et produisent *un lipome de la ligne blanche*. Ces lipomes attirent avec eux le péritoine auquel ils adhèrent et ne sont le plus souvent que la première étape d'une épiplocèle, aussi trouve-t-on en général, au cours de l'opération, une masse lipomateuse et plus profondément de l'épiploon. Le sac péritonéal qui entoure ce dernier est si mince qu'on a souvent peine à le reconnaître.

C'est par eux (les orifices de la ligne blanche), dit Poirier, que se font les hernies médianes ou hernies de la ligne blanche, hernies qui consistent tantôt en une simple frange adipeuse sous-péritonéale, tantôt

à la suite de cette frange en un sac péritonéal qui peut contenir une portion d'épiploon ou d'intestin ou de la paroi antérieure de l'estomac.

Lucas-Championnière interprète ainsi le rôle du tissu graisseux : « On n'a pas assez tenu compte de cet engraissement rapide dans la pathogénie des hernies ; cependant, ainsi que je l'ai établi dans mon *Traité de la cure radicale des hernies*, ce rôle de l'engraissement dans la production et dans la récurrence des hernies est considérable. La graisse qui infiltre les parois et les anneaux à la température du corps est un corps liquide qui transmet intégralement les pressions subies et force les orifices, son rôle dans la production des hernies ombilicales est incontestable pour moi. Il n'est pas moins incontestable dans la production des hernies épigastriques. Les auteurs anciens l'avaient affirmé, on l'a nié. Là, comme dans bien d'autres circonstances, les auteurs anciens avaient été des observateurs sagaces, et les anatomo-pathologistes de notre temps, trop confiants en une dissection mal interprétée, s'étaient mis dans leur tort. Comme je l'ai fait observer, la graisse chez le sujet vivant à la température du corps est liquide. Elle transmet intégralement les pressions et force les orifices. Les anatomistes ont trop songé à la masse compacte de la graisse froide et ont raisonné sur des propriétés physiques inexactes. »

Et plus loin. « Les obèses sont naturellement prédisposés à cette affection. Ce n'est pas l'amaigrissement, la fonte du tissu cellulaire qui forme la hernie

épigastrique. Cela est tellement vrai qu'il peut arriver qu'une hernie liée au développement de cette obésité disparaisse avec elle. Dans une observation très curieuse publiée par Busquet dans la *Revue de Médecine* du 10 juillet 1893, il est rapporté qu'un sujet obèse traité par le régime portait une hernie épigastrique. Après avoir perdu trente-deux kilos en quinze mois, il fut aussi délivré de sa hernie épigastrique qui disparut *sans intervention* en même temps que *disparaissait l'obésité.* »

On a attribué en effet au tissu cellulo-grasieux préperitonéal un autre mode d'action ; certains auteurs prétendent que ce tissu grasieux, normalement, obture les orifices de l'aponévrose, et si l'amaigrissement vient à survenir ce tissu disparaît et l'épiploon mis ainsi en contact direct avec l'anneau s'y engage et constitue ainsi la hernie. Cette théorie paraît expliquer, en effet, le mécanisme des hernies épiploïques ; quoi qu'il en soit, le rôle pathogénique du tissu grasieux est indéniable, qu'il agisse par excès ou par défaut.

A ce sujet, nous citerons les observations anatomo-pathologiques relevées par M. le Dr Launay, chirurgien des hôpitaux, dont le compte rendu a été publié dans un article de M. le Dr Témoin de Bourges (1).

1. Dr Témoin. *Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche* (Archives provinciales de chirurgie) XI ; pages 215, 220. Paris, 1902.

Ces observations, prises sur des sujets ne présentant aucun signe de hernie, montrent bien la fréquence de ce mode pathogénique puisqu'il a été constaté par M. Launay chez des sujets normaux en apparence et cependant prédisposés dans une proportion de près de 50 o/o.

« Mon ami le D^r Launay, dit M. le D^r Témoin, a bien voulu rechercher sur le cadavre l'état de la ligne blanche, sur des sujets qui ne présentaient au toucher aucune trace de hernie. Il a examiné seize cadavres et voici le résultat de ses recherches : Sur neuf cadavres, il n'a trouvé ni orifices supplémentaires (c'est-à-dire orifices autres que les trous vasculo-nerveux intérieurs qui traversent la paroi antérieure de la gaine des muscles grands droits), ni pelotons adipeux formant tumeur. Sur les six autres, il n'y avait qu'un orifice supplémentaire sans lobule adipeux, orifice situé à 1 centimètre $1/2$ au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche de la ligne blanche. Cet orifice mène dans le tissu celluloadipeux pré-péritonéal situé autour de la veine ombilicale. Sur les six autres, le D^r Launay trouva des lobules variables de nombre et de volume, mais toujours situés dans la même région, plus près de l'ombilic que de l'appendice xyphoïde, plus souvent à gauche qu'à droite, mais très près de la ligne médiane et présentant tous la même disposition : le peloton adipeux comprend de petits vaisseaux qui se continuent avec les veinules de la grande faux du péritoine ; la traction sur les lobules

détermine à peine une dépression péritonéale ; dans aucun cas il n'y avait de sac véritable et par suite aucun ne contenait d'épiploon ».

La ligne blanche présente donc avec une extrême fréquence, sept fois sur seize des déchirures par lesquelles la graisse péritonéale se réunit à la graisse de la paroi abdominale prédisposant ainsi à la production de la hernie épiploïque.

Comme toute hernie, les hernies épigastriques sont formées d'un sac, d'un anneau et d'un contenu. Le sac peut ne pas exister dans le cas de hernies graisseuses simples ; quand il existe il peut se former des adhérences avec les parties voisines tellement fortes, dit Cumston, qu'il est impossible de les séparer ; celles-ci sont formées par le fascia transversalis, le fascia superficialis, le tissu conjonctif sous-cutané et la peau. Nous connaissons l'anneau formé par les orifices naturels ou accidentels de la ligne blanche ; (s'agit-il des orifices naturels, le sac s'y trouve en rapport plus ou moins immédiat avec les vaisseaux et nerfs intercostaux qui les traversent de leur rameau perforant antérieur). Quant au contenu, c'est comme nous l'avons vu, le lipome pré-péritonéal, que l'on distingue du lipome sous-cutané par la présence d'un pédicule contenant des vaisseaux sanguins et reliant la tumeur au péritoine (Cumston), c'est l'intestin grêle, c'est le gros intestin, c'est peut-être l'estomac ; il n'existe pas à vrai

dire d'observation où sa présence ait été dûment constatée. Lucas-Championnière nie la possibilité de la gastrocèle, s'appuyant sur ce fait que « la résistance des parois de l'estomac lui défend l'accès de tous les orifices étroits et durs ». C'est l'opinion généralement admise aujourd'hui et à laquelle nous nous rallions. Ce n'est donc pas dans cette particularité que nous chercherons l'explication des symptômes gastriques que nous allons exposer dans le chapitre suivant.

Les hernies graisseuses et épiploïques sont les plus fréquentes, cela ressort en effet de la pathogénie, puisqu'elles constituent le premier stade de la migration de l'intestin et de l'épiploon à travers l'anneau. Elles sembleraient aussi les plus douloureuses. « J'ai traité, dit Berger, par l'opération de la cure radicale des gens chez lesquels une hernie de l'estomac me paraissait presque démontrée par l'intensité des troubles gastriques et chez lesquels je n'ai trouvé qu'un lipome herniaire, entraînant un diverticule péritonéal très grêle et où l'épiploon même ne pouvait pas pénétrer.

Les hernies volumineuses au contraire sont plutôt indolores. Les hernies intestino-épiploïques sont généralement de petites dimensions et, contrairement aux hernies ombilicales, elles n'ont pas de tendance à augmenter de volume une fois constituées.

En résumé, le contenu de la hernie épigastrique peut être composé de ces quatre variétés décrites par Terrier :

1° Hernies graisseuses simples.

2° Hernies graisseuses avec sac péritonéal.

3° Hernies épiploïques sans lipome.

4° Hernies à contenu intestino-épiploïque.

Les réactions gastro-intestinales qui accompagnent généralement toute hernie épigastrique sont dues à des phénomènes réflexes ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point et surtout sur leur nature très complexe. Lucas-Championnière les considère comme « des accidents de nature réflexe très spéciale et qui ne peuvent, de toute évidence, céder qu'à la destruction de la hernie elle-même ». Ces réflexes peuvent, en effet, avoir des points d'excitation bien distincts : cela ressort surtout des données générales de l'anatomie, de la clinique et de la physiologie. Nous ne croyons pas qu'il ait été fait des expériences démonstratives du mécanisme de ces réflexes dans aucun laboratoire. La rareté relative de cette affection, les résultats parfaits de son traitement chirurgical sont sans doute des motifs suffisants pour ne pas susciter l'intérêt des physiologistes. Cependant, certaines expériences relatives à l'innervation gastrique entreprises par Pawlow de Saint-Pétersbourg, en 1905, à la physiologie du grand épiploon, par Heger en 1905, font rejaillir indirectement une clarté nouvelle sur la question qui nous occupe.

Nous avons vu que les organes contenus dans les orifices de la ligne blanche étaient, outre les vaisseaux et les nerfs intercostaux dont les anastomoses avec le pneumogastrique, le phrénique, le sympathique

et la moelle, sont bien connus, le lipome prépéritonéal, l'épiploon, l'intestin dont les innervations sont formées par le plexus solaire et ses anastomoses avec le pneumogastrique et les intercostaux. Les rapports qui existent entre ces différents plexus nerveux sont bien étudiés par les anatomistes et les physiologistes. Testut (1) en fait la description suivante : « Dès son origine chaque nerf intercostal abandonne deux filets anastomotiques (rami communicantes) au cordon du grand sympathique : un filet supérieur ou ascendant, un filet inférieur ou descendant qui se porte dans le ganglion situé au-dessous..... Indépendamment des rami communicantes signalés plus haut qui unissent les nerfs intercostaux aux ganglions thoraciques du grand sympathique, quelques nerfs intercostaux s'anastomosent avec les nerfs intercostaux voisins à l'aide de petits filets qui croisent soit verticalement soit obliquement la face interne des côtes... La moelle allongée est comme la moelle elle-même un des centres d'origine du grand sympathique ».

Et plus loin : « Quant à ce que nous appelons les origines du grand sympathique, elles sont en réalité de deux ordres : les unes émanent de la moelle et du bulbe et relient par les rami communicantes le névraxe aux ganglions sympathiques, les autres sont, dans ces ganglions eux-mêmes, point de départ des fibres allant aux viscères et aux vaisseaux.

1. *Traité d'anatomie, système nerveux.*

Il y a ainsi dans le système de la vie végétative deux assises de cellules nerveuses ou pour mieux dire deux ordres de neuromes superposés comme dans le système de la vie de relation. De même, dans ce dernier système, des fibres, dites fibres de projection, relient l'écorce cérébrale aux masses grises bulbo-spinales d'où procèdent les nerfs périphériques ; de même, dans le système sympathique, des fibres de projection relient les masses grises bulbo-spinales aux différents ganglions d'où procèdent les nerfs vasculaires et viscéraux ».

Plus loin encore : « En résumé, et toujours d'après les physiologistes, les origines du grand sympathique sont surtout dans la moelle thoracique. Mais elles existent aussi dans d'autres régions des centres, et le bulbe rachidien présente pour ces origines un noyau de renforcement très remarquable. Non seulement le trijumeau, mais la plupart des nerfs craniens renferment dans leurs racines des éléments du grand sympathique, des éléments qui au point de vue tant morphologique que fonctionnel en sont les équivalents. Le facial,.. le spinal,.. le glosso-pharyngien,.. le *pneumogastrique* surtout appartiennent pour une bonne partie de leurs fibres au système de la vie de nutrition. Ce fait de l'incorporation des fibres sympathiques dans les différents nerfs craniens nous est déjà indiqué par leur mode d'origine. *Mais il l'est surabondamment encore par l'étude expérimentale de leurs fonctions.* »

L'innervation du péritoine est elle-même assurée

par de fines ramifications dépendant du plexus solaire. En 1893, Ranvier a découvert dans la séreuse de nombreuses fibres à myéline et sans myéline.

D'après ces données, l'hypothèse de réflexes ayant leur point d'excitation au niveau de l'anneau, leurs fibres centripètes constituées soit par les fibres des intercostaux, soit par les fibres épiploïques du sympathique, leurs fibres centrifuges constituées par les fibres anastomotiques du phrénique et du pneumogastrique, est anatomiquement du moins, légitime.

Quels que soient son trajet et son mode d'action, cette excitation nerveuse anormale se traduit en clinique par un groupe de symptômes assez restreints quant au nombre, mais très divers dans leurs manifestations : douleurs, vomissements, diarrhée, constipation, tels sont associés différemment ou isolés les termes principaux de ce syndrome gastro-intestinal.

Cette excitation peut résulter de deux mécanismes : ou bien elle se produit par compression dans l'anneau des pédicules intercostaux, mécanisme auquel Chailloux attribue un rôle prépondérant, ou bien elle est le résultat de tiraillements de l'intestin ou de l'estomac par l'intermédiaire d'une corde épiploïque dont l'extrémité pincée dans l'anneau est elle-même le siège d'une excitation nerveuse par compression. Dans le cas où l'anneau est formé par une déchirure accidentelle de la ligne blanche, l'excitation par la voie des intercostaux n'existe plus, et comme ces hernies donnent lieu aux mêmes symp-

tômes que les hernies juxta-intercostales, on est obligé d'admettre le mécanisme par tiraillement ou excitation directe de l'épiploon ou de l'intestin. Dans tous les cas, cette excitation reconnaît elle-même des causes déterminantes diverses : l'état de réplétion et de vacuité de l'estomac, les efforts, les positions du malade et en un mot tout acte physiologique qui peut amener un changement immédiat dans le rapport anatomique des organes considérés plus haut.

Suivant les fibres sur lesquelles elle agit, suivant son intensité, sa durée, sa fréquence, l'excitation peut donner lieu à des réflexes différents, soit moteurs ou vaso-moteurs, soit sensitifs, soit sécrétoires. Ainsi s'expliquent les symptômes énumérés plus haut. Les troubles réflexes ainsi produits dans la sécrétion des glandes digestives sont-ils suffisants pour entraîner des lésions organiques définitives ? Nous ne le pensons pas, étant donnée la constance absolue des guérisons obtenues par la cure radicale, même après de longues années de souffrances. Dès l'instant où l'excitation disparaît, par suite de l'opération, les phénomènes dyspeptiques ou gastralgique disparaissent eux-mêmes. Ce fait est constant dans toutes les observations que l'on possède où la coexistence d'une dyspepsie d'une autre origine n'est pas démontrée. Ce fait a son existence clinique, nous y reviendrons à l'article *diagnostic*.

Les réflexes moteurs peuvent agir sur le diaphragme par l'intermédiaire du phrénique et produire le vomissement. Ils peuvent agir aussi sur les fibres de

l'intestin et influencer sur le péristaltisme et par là sur les fonctions digestives. Les réflexes douloureux ont eux aussi une répercussion sur ces mêmes fonctions.

Ces notions sont admises par les physiologistes, nous en donnons la preuve par les quelques citations suivantes :

« Le vomissement, disent Langlois et de Varigny, se produit par les anastomoses entre le phrénique (nerf du diaphragme) et les derniers nerfs intercostaux (Pousini)... Il reconnaît tantôt une origine centrale, tantôt une origine réflexe... Il se produit comme réflexe... sous l'influence d'excitations de l'estomac (dans l'indigestion), de l'intestin (*hernie*, *péritonite*). »

Une observation de Clarus, en 1832, citée par Heger, rapporte le cas d'une déchirure de l'épiploon chez une jeune fille de 24 ans. L'auteur attribue à cette déchirure la cause de la douleur (*dolor ingens et crudelis*) et des vomissements. Dans le cas de traumatisme aussi grave, le mécanisme du vomissement est peut-être plus compliqué et doit reconnaître d'autres causes que la déchirure épiploïque.

Heger, dans son ouvrage sur les fonctions du grand épiploon, paraît attribuer aux excitations du péritoine des effets très précis. On sait, dit-il, que toute excitation de la surface du péritoine retentit aussitôt sur le rythme de la respiration ; une électrisation de la surface séreuse du colon modifie la respiration et le pouls très promptement, alors que

toute excitation de la surface muqueuse de l'iléon ne produit pas le même effet.

Langlois et de Varigny parlent également de ces phénomènes : « Le grand sympathique renferme des fibres centripètes et des fibres centrifuges, motrices, sécrétoires, vaso-motrices, fibres qui sont utilisées dans la production des actes réflexes qui président aux fonctions végétatives... »

Les fibres centripètes jouissent d'une sensibilité fort obtuse, ce n'est que dans le cas d'inflammation, d'irritation que nous avons conscience d'une innervation sensitive de nos viscères et c'est en quelque sorte beaucoup plus des sensations douloureuses que des sensations tactiles dont nous avons ainsi conscience.

L'excitation directe des ganglions viscéraux est du reste manifestement douloureuse.

L'existence des fibres motrices est hors de doute, l'excitation des ganglions solaires augmente le mouvement péristaltique de l'intestin, les différents excitants sont applicables ici, sauf cependant l'excitant physiologique par excellence, la volonté, qui n'exerce aucune action sur les fibres du grand sympathique. »

Le pincement de l'épiploon et de l'intestin ne peut-il pas être considéré comme un des excitants dont parle Langlois ? Pourquoi ne produirait-il pas les mêmes réactions motrices sensitives et sécrétoires ? L'existence de ces dernières est d'ailleurs mise en lumière par les expériences de Contejean en 1893,

citées par Langlois et tout récemment d'une façon plus précise par celles de Powlow.

« Notons en passant que l'on ignore absolument le mécanisme de la sécrétion gastrique. Y a-t-il des filets excito-sécrétoires comme dans la corde du tympan par exemple et des filets vaso-dilatateurs destinés à augmenter l'afflux sanguin de la muqueuse stomacale ? On ne sait. On remarquera toutefois que l'injection de pilocarpine dans le sang provoque une abondante sécrétion de suc gastrique et cette identité d'action peut être invoquée *à priori* à l'appui de l'hypothèse de l'identité de mécanisme et les expériences de Contejean donnent à penser que le

- pneumogastrique et le sympathique renferment des filets vaso-moteurs, surtout vaso-dilatateurs dans le premier cas et constricteurs dans le dernier. »

Les expériences de Powlow ont précisé les phénomènes de la sécrétion gastrique ; elles sont d'ailleurs intéressantes à un autre point de vue, comme nous le verrons plus loin. En voici un aperçu donné par le *Bulletin général de l'Algérie* :

« Pour être à l'abri dans le courant ultérieur de l'opération de toute influence réflexe *susceptible d'agir sur les glandes*, il pratique la trachéotomie pour la respiration artificielle et sectionne rapidement la moelle épinière au-dessous du bulbe. Un quart d'heure environ après la narcose, les animaux déjà remis mangent avec avidité les aliments qu'on leur offre et de leur estomac vide commence à s'écouler, après une période latente habituelle de cinq

minutes, un suc doué du pouvoir digestif et en quantité normale.

Mais cet effet sécrétoire incontestable manque dans la moitié des cas. En outre, lorsque la sécrétion se présente, c'est souvent après une période latente qui peut durer de quinze minutes à une heure.

D'après Powlow, cette absence de sécrétion dans la moitié des cas, son retard pour d'autres, sont dus à l'influence inhibitrice exercée sur l'activité des glandes digestives par les phénomènes douloureux qui accompagnent ces graves vivisections. « *On a enregistré un grand nombre de faits de cet ordre, la sécrétion pancréatique est arrêtée par des excitations sensibles.* » Nestchafew a vu qu'une excitation du nerf sciatique de deux à trois minutes de durée peut supprimer pendant plusieurs heures la digestion gastrique.

Après section des pneumogastriques, les excitations psychiques d'origine alimentaire n'agissent pas sur la sécrétion. Le pneumogastrique est donc chargé de transmettre les excitations centrifuges.

Ce qui ressort de ces expériences c'est l'action irrécusable du pneumogastrique sur la sécrétion gastrique : c'est aussi l'influence des excitations douloureuses sur les sécrétions gastrique et intestinale. Est-on en droit d'assimiler la hernie à une excitation douloureuse à influence retardatrice ou à une excitation simplement sécrétrice ? Il est probable que les deux hypothèses sont simultanément ou successive-

ment possibles, mais rien ne permet de l'affirmer ; il nous a paru toutefois intéressant de faire bénéficier cet exposé pathogénique des données expérimentales de la physiologie.

SYMPTOMATOLOGIE

Quel que soit le type de hernie que l'on considère, la symptomatologie en est variable. Il n'y a aucune relation entre le siège, les dimensions, le contenu de la hernie et la plus ou moins grande intensité des réactions gastro-intestinales. Rewitzof de Moscou a tracé ainsi très exactement le tableau clinique de l'évolution :

Dans un premier groupe de cas, il range les hernies de la ligne blanche qui ne causent aux malades aucune souffrance, « ils ne la remarquent pas et s'ils en ont connaissance en égard à son volume il n'y donnent aucune attention ».

Dans un deuxième groupe, il fait entrer les hernies de grande dimension avec peu ou pas de souffrances. C'est le volume de la hernie qui amène les malades à consulter. .

Enfin dans un troisième groupe, ce sont les symptômes dyspeptiques accompagnés de temps en temps de violentes douleurs qui nécessitent l'intervention médicale. Ce sont surtout ces cas que nous avons en vue en faisant cette étude.

Ces troubles digestifs constituent la presque tota-

lité des troubles fonctionnels. Leur aspect est des plus variables, la lecture des observations citées plus loin l'établit suffisamment : ce sont tantôt de simples sensations de tiraillement, de pesanteur, de pression siégeant à l'épigastre, dans les lombes, dans les fosses iliaques, tantôt des douleurs très vives nettement localisées ou irradiant vers l'estomac, l'intestin, le rectum, la vessie et le périnée ; ce sont des vomissements alimentaires, bilieux, parfois très fréquents défiant toute thérapeutique au point de simuler les vomissements incoercibles. On a même signalé des hématemèses. La digestion peut s'accompagner de flatulences, d'éruclations, de borborygmes. L'ingestion des aliments peut soit calmer les douleurs, soit au contraire les exacerber. La toux, les efforts, une position déterminée produisent suivant le malade des effets sédatifs ou irritants ; ce qui amène le calme chez l'un, produit le paroxysme douloureux chez l'autre. Ce n'est donc pas dans l'étude des signes fonctionnels qu'il semble au premier abord que l'on doive trouver des éléments de diagnostic précis.

Cependant les signes locaux font parfois défaut, la hernie peut ne pas faire saillie et passer inaperçue à l'inspection et à la palpation, il faut donc trouver dans les symptômes fonctionnels de cette affection un caractère autre que leur incohérence et qui leur donne une physionomie propre.

Cela est possible, croyons-nous, en l'absence de tout autre ensemble de signes significatifs. Nous

n'avons pas l'intention d'indiquer de signes pathognomoniques ; nous avons remarqué en parcourant de nombreuses observations de hernies épigastriques deux symptômes plus fréquents que les autres et nous avons été tenté de leur attribuer une certaine signification.

Lorsque chez un individu présentant des signes de dyspepsie incertains, on note que la nature des aliments qu'il ingère n'influe pas sur les accès douloureux, et que le seul fait d'introduire dans l'estomac un aliment *quelconque*, liquide ou solide, calme la crise ou la détermine, on est en droit de penser à une hernie épigastrique. Il en est de même, mais en l'absence de tout signe d'ulcération, lorsque certaine position déterminée du malade, la position couchée surtout, amène une cessation ou une atténuation de ses souffrances.

Ces deux circonstances : ingestion des aliments et position du malade agissent, on se le rappelle, comme causes déterminantes de l'excitation.

Certains cas d'hyperchlorhydrie présentent des phénomènes gastralgiques que calme momentanément l'ingestion d'aliments tout comme dans le cas de hernie épigastrique, mais l'hyperchlorhydrie a sa physionomie bien particulière comme nous le verrons en faisant le diagnostic différentiel.

Les conséquences de ces troubles digestifs sont faciles à prévoir pour peu que la lésion ait atteint une certaine durée. La nutrition est modifiée ; l'amaigrissement, le marasme peuvent survenir et devant un

état morbide parfois très pénible, dont tous les médecins consultés ignorent la nature, le malade devient vite hypocondriaque et neurasthénique. Ce n'est pas exclusivement l'appareil digestif que la hernie épigastrique vient troubler dans ses fonctions : l'appareil respiratoire, l'appareil locomoteur, le système nerveux sont secondairement atteints. Nous avons vu que la douleur pouvait aller jusqu'à la syncope ; sans atteindre ce terme, les mouvements provoqués par l'expiration et l'inspiration ont nécessairement leur répercussion sur les muscles de l'abdomen. Ils peuvent augmenter les douleurs, ce qui amène le malade à diminuer leur amplitude et partant la fonction hématosique. Dans le même but, les malades adoptent la position qui diminue le plus le travail des muscles abdominaux produisant ainsi le minimum de compression du tronc vasculo-nerveux intercostal, c'est-à-dire le minimum d'excitation réflexe.

Vernet prétend même que les malades acquièrent un maintien et une démarche spéciaux qui permettent de faire le diagnostic à première vue. Nous n'avons pas été à même de vérifier ce fait, les trois malades dont nous avons recueilli les observations ne présentaient aucune attitude spéciale et l'un d'eux vint même au-devant de nous en courant, un jour que nous allions le voir.

Si les signes fonctionnels ne sont pas très démonstratifs, au moins faut-il rechercher systématiquement les signes physiques avec beaucoup de soin.

Pour cela, il faudra procéder avec méthode. Vernet indique un procédé d'exploration qui nous paraît très recommandable : « Le malade étant étendu de son long sur le lit, on place la pulpe des quatre derniers doigts de la main exploratrice au niveau de la région douloureuse, parallèlement aux fibres de la paroi, puis on lui commande de se mettre sur son séant sans le secours des mains ; à ce moment, le changement de position relâchant les muscles de l'abdomen et les parties fibreuses se distendant en même temps, l'extrémité des doigts pénètre brusquement dans la fente où s'est produit le pincement ; et alors, laissant les doigts en place, on dit au malade de se mettre debout ou de s'étendre de nouveau, on les sent nettement pincés par les bords de la fissure et, en faisant tousser le malade, on perçoit sur l'extrémité des doigts un choc produit par les parties intestinales intéressées.

Litten a proposé un signe dont Berger ne confirme pas l'absolue signification : « On a également donné, comme signe caractéristique, un froissement particulier semblable au frémissement hydatique que perçoit le doigt appliqué sur la tumeur lorsque l'on fait tousser le malade. Ce phénomène analogue à celui que l'on perçoit dans les lipomes crépitants n'a pas la valeur séméiologique que lui ont attribuée Litten et Lenhoff » (Berger).

La hernie épigastrique se présente généralement sous forme de tumeur unique ou multiple de grosseur variable, elle est ordinairement de la grosseur d'une

noisette ou d'un œuf de pigeon, réductible ou irréductible, soumise à des changements de caractère suivant la position, les efforts du malade, douloureuse à la palpation.

Si la hernie existe, il suffit de la chercher pour la trouver, lorsqu'elle atteint un volume appréciable ; la douleur obtenue par la pression en un point nettement localisé peut être une présomption, surtout si ce phénomène est accompagné des troubles gastro-intestinaux étudiés plus haut : tels sont les signes locaux.

La hernie se reconnaîtra facilement à ces signes ; si elle n'est pas appréciable, il faut la diagnostiquer à l'aide des signes fonctionnels.

DIAGNOSTICS ET COMPLICATIONS

Il serait long d'étudier en détail les affections qui peuvent en imposer dans le diagnostic d'une hernie épigastrique. Lorsque la hernie est très apparente, ses caractères propres permettent de la distinguer facilement de toute autre tumeur : lipome sous-cutané, kyste, etc. ; nous nous contentons de signaler cette cause d'erreurs.

Mais, lorsque seule la symptomatologie fonctionnelle domine le tableau clinique, le diagnostic est parfois fort difficile, nous avons déjà insisté sur ce point. Nous avons vu aussi que les troubles digestifs revêtaient les aspects les plus divers et partant les plus simulateurs. C'est donc le diagnostic de toute dyspepsie — terme envisagé dans sa plus large acception — qu'il faudrait faire ici ; nous ne l'entreprendrons pas, nous signalerons simplement parmi les symptômes de ces dyspepsies ceux qui les différencient le mieux de la dyspepsie liée à la hernie épigastrique.

M. le Dr Le Noir commence ainsi une de ses intéressantes leçons intitulée : *Les faux gastriques*.

« Parmi les malades qui se présentent au médecin

comme dyspeptiques, il est facile de distinguer trois groupes de sujets :

« Les uns sont bien réellement atteints d'une maladie de l'estomac ; l'organe est lésé soit primitivement comme chez ceux qui ont un cancer ou un ulcère, soit secondairement comme chez les tuberculeux ou les cardiaques, pour ne prendre que quelques exemples simples.

« D'autres malades accusent aussi des symptômes dyspeptiques ; mais ce qui domine, c'est le trouble fonctionnel, mécanique ou sécrétoire. Sans rechercher si dans ces cas le trouble fonctionnel est primitif ou secondaire, consécutif à une lésion gastrique ou sous la dépendance de modifications du système nerveux, on est amené à réunir ces malades dans un même groupe distinct du premier.

« Il est enfin d'autres sujets qui se plaignent aussi de phénomènes gastriques, mais chez lesquels l'examen attentif fait reconnaître que l'estomac n'est pas réellement en cause et que tous les symptômes ont une origine différente qui suffit à les expliquer.

« Les limites qui séparent chacun de ces groupes ne sont pas toujours très précises ; mais cependant dans l'ensemble, cette division correspond bien à la réalité des faits. »

C'est à ces deux dernières catégories qu'appartiennent pour une part les malades atteints de hernie épigastrique. Les autres cas envisagés par M. le Dr Le Noir sont surtout les fausses dyspepsies d'origine nerveuse (tabes, sclérose en plaques, neuras-

thénie, hystérie), les fausses dyspepsies d'origine hépatique, cardiaque ou pulmonaire, etc. Il convient donc d'abord de différencier la dyspepsie herniaire de ces autres dyspepsies secondaires.

D'une façon générale, c'est dans l'étude de l'évolution non seulement de l'affection gastrique, mais de la maladie que l'on arrivera, par des examens fréquents et particulièrement méthodiques, à découvrir les symptômes significatifs.

Les crises gastriques du tabes se distingueront par leur début et leur cessation brusques, par leurs vomissements alimentaires, bilieux ou sanguins, par leur durée de deux ou trois jours et même moins, par leurs retours reproduisant régulièrement les mêmes phénomènes, par l'intégrité des fonctions digestives, dans l'intervalle des accès.

L'hystérie peut donner lieu aux mêmes symptômes (Gilles de la Tourette). En général la crise hystérique débute avec l'ingestion des aliments, elle est accompagnée de hoquet et de convulsions cloniques ou en arc de cercle. L'hystérie donne lieu souvent à une douleur épigastrique, d'après Ruillez ; il en est de même chez les alcooliques ; il la distingue ainsi : « Ne sont pas la même la douleur à la face antérieure de l'estomac chez les alcooliques et la douleur chez les hystériques. Alors que la première est une douleur réelle, la seconde nous a paru une douleur psychique. » D'après cet auteur, la première pourrait être très vive mais ne donnerait pas lieu à une

réaction générale, la seconde au contraire serait hystérogène et produirait une réaction générale.

Les faux gastriques hépatiques se distingueront aux signes de la lithiasé et de la cirrhose au début : présence de pigments biliaires dans les urines, léger subictère, état du foie. « Il serait facile, dit M. le Dr Le Noir, de continuer cette énumération, il existe des faux gastriques pulmonaires, ce sont généralement des tuberculeux au début: des faux gastriques urinaires, soit des urémiques chez lesquels l'insuffisance urinaire revêt la forme gastro-intestinale, soit plutôt de ces urinaires au sens chirurgical du mot, c'est-à-dire des malades qui vident mal leur vessie.

La grossesse au début en impose aussi parfois pour une affection gastrique ; certaines intoxications, plus spécialement l'intoxication saturnine, peuvent également simuler une dyspepsie », partant une hernie épigastrique.

A ce sujet, dans notre observation III on pourrait, étant donnée la profession du malade, attribuer au saturnisme les phénomènes dyspeptiques qu'il éprouve, nous ne le croyons pas : il exerce ce métier depuis plus de dix ans, le plus souvent au grand air ; ce n'est qu'au mois d'avril dernier qu'il éprouva des troubles digestifs de la constipation surtout, pas de coliques ; ses camarades d'ailleurs n'ont jamais eu de manifestations de saturnisme, lui-même n'en présente aucun signe.

Bien qu'appartenant au groupe des dyspepsies secondaires par sa pathogénie, la dyspepsie liée à la

hernie épigastrique offre par sa symptomatologie autant d'analogie avec les dyspepsies primitives qu'avec les secondaires.

L'hyperchlorhydrie se distingue facilement par le pyrosis, l'action calmante des alcalins, l'augmentation d'acidité du suc gastrique ; la diminution de cette acidité décèlera l'hyperchlorhydrie dont les autres symptômes simuleront souvent notre pseudo-dyspepsie.

La dilatation de l'estomac se reconnaîtra par l'exploration de l'organe.

Enfin le cancer avec sa marche rapide, le caractère spécial de l'anorexie, des vomissements, des hématomèses ; l'ulcère avec ses douleurs en broche réveillées par l'ingestion des aliments, ses vomissements après les repas, avec ses hémorragies, avec son hyperchlorhydrie, sont des affections ordinairement faciles à distinguer.

Les entérites primitives et secondaires rhumatismales, paludéennes, muco-membraneuses, les crises appendiculaires, plus rarement le spasme de l'intestin décrit par Geoffroy, la simple névralgie intercostale peuvent laisser le diagnostic hésitant.

Enfin, il est un diagnostic auquel il faut aussi songer : c'est celui de hernie ombilicale, non pas de ces hernies ombilicales volumineuses qui s'imposent à première vue, mais de ces hernies ombilicales étudiées par Zabé, inappréciables extérieurement et qui seraient capables de produire l'entéroptose. D'après Zabé, le côlon serait réuni à l'ombilic par l'intermé-

diaire de l'épiploon formant ainsi une sorte de corde épiploïque capable d'abaisser le côlon et l'intestin et, par ce mécanisme, de donner lieu à tous les troubles de la maladie de Glénard, qui deviendraient ainsi ceux de la hernie ombilicale. Nous n'avons pas à discuter la théorie de cet observateur consciencieux.

La pathogénie que nous avons indiquée pour la hernie épigastrique (excitation nerveuse de l'épiploon ou de l'intestin au niveau de l'anneau) peut également s'appliquer à la hernie ombilicale.

Rappelons aussi que l'entéroptose et les hernies de toute sorte se rencontrent souvent chez les mêmes sujets. Hayem en fournit l'explication dans le passage suivant (G. Lyon, *Clinique thérapeutique*).

« L'entéroptose se confond avec une foule d'affections qui sont étiquetées de noms différents : dilatation atonique de Bouchard, dyspepsie neurasthénique, entérocolite muco-membraneuse, néphrop-tose, etc. ; la plupart des symptômes de ces diverses affections leur sont en effet communs avec l'entéroptose, etc. Rien de plus explicable si l'on veut bien réfléchir qu'une même influence générale peut être retrouvée à leur origine, c'est-à-dire la prédisposition congénitale, la dystrophie caractérisée par *un état d'infériorité physiologique des tissus*.. Cette prédisposition nous explique pourquoi chez ces malades on observe fréquemment *des hernies*, des varico-cèles, des varices, des hémorroïdes, *un relâchement* de la paroi abdominale... en un mot un état d'ato-

nie du système musculaire lisse, du système fibreux, du système vasculaire de tous les tissus. »

Toutes les affections que nous venons d'énumérer peuvent coexister avec une hernie épigastrique sans en être la conséquence ; dans ce cas l'opération s'impose avant tout traitement dans les cas où l'état général du malade sera satisfaisant ; il est bien évident que dans certains cas de coexistence d'une hernie épigastrique et d'une affection grave : cancer par exemple, l'intervention au sujet de la hernie devient secondaire.

La dyspepsie coexistante peut être malheureusement quelquefois le résultat du traitement médicamenteux institué à tort pendant de longues années ; les observations de M. le Dr Berthomier sont instructives à cet égard. Le régime lacté a été bien souvent imposé à des hernieux, on connaît ses effets sur la constipation. Les régimes de toute sorte prescrits à des individus déjà débilités ne peuvent qu'augmenter encore leur faiblesse, les décourager et en faire des candidats à la neurasthénie et à toutes les infections. « Les médicaments destinés à calmer les douleurs et à régulariser les fonctions digestives sont le plus souvent : le bicarbonate de soude à haute dose, les purgatifs, les anti-nervins, etc. Ils ont tous pour résultat d'augmenter à la longue la sécrétion gastrique et de rendre le malade hyperpeptique. » (Hayem). La forme hypopeptique succèdera à l'hyperpepsie. » On peut, dit-il encore, observer le retour à l'état hyperpeptique après l'injection de médica-

ments, après quelques lavages d'estomac et l'institution d'un régime de repos.

Une autre complication est l'étranglement de la hernie : il est très rare, quand il se produit il est irréductible et donne lieu à de graves accidents, étant donnée l'étroitesse de l'anneau.

En résumé, on ne fait pas le diagnostic de hernie épigastrique parce qu'*on n'y pense pas*, vu la rareté attribuée à cette affection. En général on ne palpe pas la région épigastrique avec assez de soin, souvent c'est le malade qui découvre sa hernie. Il faut donc se faire une règle générale d'examiner systématiquement et avec soin la région épigastrique superficielle et profonde de tous les malades qui se plaignent de symptômes dyspeptiques.

TRAITEMENT

Il consiste dans la cure radicale. Nous renvoyons pour sa technique à la thèse de M. le D^r Chailloux ; c'est une opération assez délicate si l'on veut éviter les récidives. Celles-ci ne donnent jamais lieu à des symptômes gastriques, l'opération amène en effet la suppression des points d'excitation et partant de tout réflexe. Elle est sans gravité, à tel point que la plupart des chirurgiens opèrent généralement :

- 1^o Toute hernie épigastrique ou ombilicale ;
- 2^o Toute dyspepsie ayant résisté à tous les médicaments et à tous les régimes usités en pareil cas.

C'est affirmer hautement l'innocuité de l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Garengot. — *Mémoire à l'Académie royale de chirurgie*, 1743, t. I, p. 705).

Un jeune chirurgien qui avait dessein de s'embarquer pour l'Amérique, voulut apprendre à danser avant son départ; dans la chaleur de cet exercice, le maître lui ordonnant d'écarter les épaules, de jeter les bras en arrière pour bien présenter la poitrine, il le fit avec tant d'activité qu'il sentit un craquement et déchirement subit dans l'enfoncement qui est à la région épigastrique et qu'on appelle vulgairement le creux de l'estomac. Ce déchirement ne fut pas fort douloureux, le jeune homme plein de feu n'y fit pas d'abord beaucoup d'attention, cependant chaque fois qu'il répétait ces sortes d'exercices, il sentait un espèce de tiraillement un peu douloureux dans le même endroit et il fut d'abord fort constipé.

Ces accidents encore incessants ne le détournèrent point du voyage qu'il avait projeté, il s'embarqua un mois après et fut trente-quatre jours en mer pour arriver à l'Amérique. La cons-

tipation persista pendant cette course, mais ce qui aggrava beaucoup la maladie fut le tribut que les nouveaux marins payent ordinairement à la mer. Ce jeune homme vomit si fréquemment que les aliments ne pouvaient rester un quart d'heure dans son estomac. Ces vomissements excessifs et presque continuels le réduisirent dans un état très fâcheux, car outre la constipation qui durait depuis deux mois, il perdit entièrement l'appétit, le ventre lui devint extraordinairement tendu, il eut des lassitudes dans tous les membres, des inquiétudes, des agitations et une insomnie continuelle.

Ceux qui étaient avec lui dans le vaisseau ne furent point alarmés de son vomissement les sept ou huit premiers jours, parce que c'est à peu près le temps que les nouveaux marins sont fatigués de cet accident ; mais quand ils virent qu'il ne discontinuait pas, même après être débarqué, ils pensèrent que cette incommodité dépendait d'une autre cause.

Le malade ne négligea rien de ce qu'il crut propre à lui procurer du soulagement ; mais bien loin d'en tirer quelque avantage, de nouveaux accidents se joignirent aux premiers ; il survint des rots fréquents, suivis d'amertume à la bouche et des vomissements de matières tantôt écumeuses, tantôt bilieuses ; une fièvre lente, des faiblesses, une maigreur extrême, des vapeurs et comme un poids sur l'estomac accompagné de douleurs qui semblaient partir de la pointe du cartilage xyphoïde.

Ayant employé sans succès les suppositoires les plus irritants et les purgatifs simples, il prit l'émétique. Ce remède évacua beaucoup par en haut et par en bas. Le malade en fut fort soulagé, car il y avait près de trois mois que les évacuations étaient entièrement supprimées par la voie des selles ; cet

avantage l'obligea à recourir souvent au même remède qui lui procurait chaque fois du soulagement ; mais, comme il n'attaquait que l'accident et non la cause, la répétition trop fréquente de l'émétique lui attira d'autres infirmités : son ventre devint de plus en plus tendu et la respiration se trouva extrêmement gênée ; il paraissait de temps en temps proche le cartilage xyphoïde une tumeur mollette qui se distinguait facilement de la bouffissure du ventre et égalait quelquefois la grosseur du poing.

Un état si fâcheux fit prendre au malade le parti de revenir en France : arrivé à Nantes, il consulta plusieurs médecins et chirurgiens de cette ville qui ne saisirent point la cause de ses infirmités ; aussi, les remèdes qu'ils lui prescrivirent furent-ils inutiles. Il se livra ensuite à des charlatans qui le tourmentèrent en vain par beaucoup de remèdes différents. Après toutes ces tentatives qui ne lui furent que désavantageuses, il vint à Paris pour y consulter ce qu'il y a de plus célèbre dans la Médecine et la Chirurgie ; mais on ne connut pas sa maladie et il ne tira aucun avantage des conseils qu'on lui donna.

Ce malade, réduit dans un état très fâcheux, après avoir pris pendant deux années une quantité prodigieuse de remèdes et se voyant hors d'espérance de guérir, prit la résolution de se retirer dans sa patrie ; cependant il voulut avant son départ profiter du cours d'opérations que je fis au mois d'avril 1740 : dans une de mes leçons, je parlai des hernies de l'estomac, hernies qui n'ont pas encore été décrites distinctement par aucun auteur. J'en détaillai les accidents tels que je les avais remarqués dans deux hernies de ce genre que j'avais traitées et tels que les ont remarqués MM. Petit, Andouille et Arnaud,

mes confrères qui ont eu fréquemment occasion de voir plusieurs fois ce genre de maladie.

Le jeune chirurgien trouva dans le récit de ces accidents un tableau exact de sa maladie et s'en fut dans l'instant fabriquer chez lui un bandage à peu près tel que celui dont j'avais parlé dans ma leçon. Ce bandage eut tant de succès, qu'une heure après son application, le malade fut naturellement à la selle, dormit toute la nuit et tous les accidents que j'ai détaillés disparurent. Le malade vint quelques jours après me faire part de cet heureux changement. En examinant l'endroit où il avait appliqué son bandage, je reconnus proche le cartilage xyphoïde un écartement des muscles droits, la hernie de l'estomac repa-
raissait au moindre mouvement.

Je remarquai dans le bandage quelques défauts que ce chirurgien corrigea parfaitement ; je lui conseillai cependant de consulter M. Arnaud qui trouva le dernier bandage construit comme il convenait : en effet, la hernie n'a pas reparu et l'écartement des muscles droits se rapproche d'une façon qu'on peut espérer une guérison radicale.

OBSERVATION II

(Vidal de Cassis. — Thèse d'agrégation, 1848, page 112).

Au mois de mai 1837, M. le professeur Trousseau fut consulté par une dame de Moulins atteinte d'une dilatation de toute la partie de la ligne blanche qui s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Dans les contractions musculaires, le rapproche-

ment des muscles droits faisait boursoufler cette tumeur en lui donnant la forme d'une bourse à deux extrémités rétrécies.

Cette dame, âgée de 31 ans, portait cette tumeur depuis l'âge de 23 ans ; elle l'avait constatée à la suite d'une couche, mais sans y attacher aucune importance : depuis lors, ses digestions avaient toujours été lentes, difficiles, pénibles ; la constipation opiniâtre, les douleurs de tête atroces ; par intervalles des vomissements et des diarrhées abondantes. Le médecin de Moulins avait vu là une gastro-entérite chronique contre laquelle il avait employé la sévérité du régime sans amener aucune modification dans la santé de cette dame qui avait au contraire, passé d'un état d'embonpoint raisonnable à une maigreur considérable.

M. Trousseau connut la cause et adressa cette malade à M. Jallade-Lafond qui construisit un appareil prenant un point d'appui sur les fausses côtes, de manière à rapprocher les côtés des muscles droits. L'application seule de cet appareil rétablit l'intégrité des digestions.

Depuis lors, M. Jallade-Lafond a revu cette dame deux fois : la dernière, en 1841, elle avait alors repris sa santé et son embonpoint.

OBSERVATION III (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr (Blum).

Un plombier, âgé de 31 ans, entre à l'hôpital pour douleurs abdominales. Il est de constitution robuste, à part une fièvre typhoïde à l'âge de 21 ans, il n'avait jamais été malade, lorsque

au mois d'avril dernier, 1905, il s'est trouvé fréquemment constipé en même temps qu'il éprouvait des douleurs siégeant dans les régions de l'épigastre et des hypochondres droit et gauche. Le ventre était ballonné après les repas et les digestions pénibles s'accompagnaient d'éruclations et de flatuosités nombreuses.

Ces symptômes ont augmenté progressivement ; les douleurs provoquées au début par la digestion, ensuite par les efforts et surtout par l'attitude penchée en avant consistaient en une sensation de pesanteur ou de piqûre. Les troubles digestifs ont suivi une marche parallèle : vagues au début, les éruclations, le ballonnement du ventre, la constipation accompagnèrent toutes les digestions. Des vomissements se produisirent après un léger excès de boisson, il est vrai ; mais, même en pareille circonstance le malade n'avait jamais éprouvé ce symptôme. Les selles devenant de plus en plus rares, le malade s'est décidé à consulter un médecin qui prescrivit d'abord des purgatifs, ensuite le régime lacté, et enfin diagnostiquant une hernie épigastrique, conseilla au malade de se faire opérer.

Actuellement cette hernie se présente sous la forme d'une tumeur de la grosseur d'une petite noix : elle siège à 4 centimètres de l'ombilic et à 2 centimètres de la ligne médiane ; nettement pédiculée, complètement irréductible, la toux et les efforts modifient peu son volume mais sa consistance et provoquent une sensation de frémissement comme dans le signe de Litten. La palpation produit de la douleur qui persiste environ une heure après l'examen.

Le malade se présente dans d'excellentes conditions pour être opéré ; sa forte musculature, la non coexistence d'autres hernies, l'absence d'albumine dans ses urines, son âge relati-

vement jeune, permettent de porter un pronostic très favorable.

A noter surtout au point de vue pathogénique l'existence de plusieurs hernieux dans ses ascendants et ses collatéraux. La cure radicale a été pratiquée par M. le Dr Blum quelques jours après notre premier examen : après anesthésie locale à la cocaïne et incision d'une couche du tissu cellulaire sous-cutané de 1 centimètre environ, la hernie apparut peu adhérente aux tissus voisins et répondit comme dimensions et forme à celles fournies par la palpation. Après la ligature et l'extirpation d'un premier diverticule graisseux, on vit que la hernie était constituée par trois autres diverticules plus petits que le précédent et qu'aucun d'eux n'était recouvert de péritoine. Il s'agissait donc d'une hernie du tissu graisseux juxta-péritonéal. L'obturation fut obtenue par trois catguts passés au niveau de l'anneau et tendant à entre-croiser les fibres du muscle grand droit. Un drain fut placé dans la plaie au niveau de la perte de substance et la peau fut suturée au crin de Florence.

Deux mois après l'opération, la constipation a complètement disparu et les douleurs abdominales sont devenues très rares et elles sont très supportables.

OBSERVATION IV (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Terrier).

Le nommé P..., employé de bureau, a éprouvé pour la première fois, il y a six ans, des troubles digestifs sans cause appréciable : ils se traduisaient par une faim très vive accompa-

gnée de douleur au creux épigastrique : sensation de barre transversale de pression et de torsion ; ces phénomènes étaient calmés par les repas dont le malade eut des tendances à augmenter le nombre et la substance. La nature des aliments n'influaient nullement sur les symptômes. Ils ne l'empêchèrent pas toutefois de vaquer à ses occupations habituelles.

Deux médecins consultés à cette époque diagnostiquèrent une dyspepsie, conseillèrent une alimentation légère, des boissons alcalines, des purgatifs mensuels. Cette médication n'amena pas d'amélioration ; il en fut de même d'ailleurs du port prolongé et consciencieux d'une ceinture électrique. Depuis six ans, les périodes de calme et de douleur ont alterné, courtes et fréquentes. Le malade n'a pas eu de vomissements ni de diarrhée ; habituellement constipé avant le début de son affection, il l'est beaucoup moins depuis ; ce n'est pas un éthylique, son alimentation a toujours été saine.

Il y a deux mois il consulta un chirurgien qui découvrit une hernie épigastrique, conseilla au malade d'abandonner toute médication et de se faire opérer.

C'est dans ce but qu'il est entré dans le service de M. le professeur Terrier où nous avons été admis à prendre son observation. Actuellement sa hernie se présente à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic et à 1 centimètre de la ligne médiane ; elle a la grosseur d'un gros pois, une consistance molle, elle est en partie réductible ; la toux et les efforts modifient peu son volume ; elle se présente de la sorte dans la station debout ou assise ; dans le décubitus dorsal elle reste réduite. A noter chez ce malade la présence d'une hernie inguinale gauche et chez ses ascendants plusieurs cas de hernies.

Le malade a été opéré par M. le Dr Gosset qui pratiqua une

omphalectomie par le procédé de Condamin. Suture à la soie, du péritoine d'abord, de la paroi ensuite. La hernie inguinale est opérée par le procédé de Bassini ; le sac est assez vaste, l'orifice inférieur est large ; on fait la suture sur deux plans en avant de l'anneau.

Depuis ces troubles ont disparu, et deux mois après l'opération il n'éprouvait plus que des sensations de faim d'ailleurs très supportables et ne nécessitant plus comme autrefois l'ingestion immédiate d'aliments.

OBSERVATION V

(Dr Témoin, de Bourges).

Archives prov. de Chir. Paris, 1902, XI, 215-220.

Il y a neuf ans, un homme âgé de 46 ans venait me consulter pour des troubles gastriques singuliers : il ne se sentait pas malade, avait bon appétit, mais vomissait presque chaque jour dès qu'il était à son travail. Tous les moyens médicaux avaient échoué ; il avait consulté quatre ou cinq de mes confrères et il venait me demander si je ne pourrais rien pour le soulager. Les vomissements duraient depuis un an ; je fus frappé de son bon état général et, malgré un examen minutieux, je ne trouvai rien ni à la palpation ni à la percussion qui pût expliquer des troubles aussi prononcés.

Je fus cependant frappé de ce fait que jamais il n'avait vomi couché et qu'à l'occasion d'une entorse qui l'avait forcé à garder le lit pendant une dizaine de jours, il avait mangé comme tout le monde sans avoir vomi une seule fois : il y avait donc là un trouble mécanique. Je lui proposai d'entrer dans mon

service où je l'observai avec attention : couché, il pouvait manger de tout et digérait parfaitement ; s'il se levait après son repas, il le rendait aussitôt. Je l'examinai après son repas, et sans rien trouver sous le doigt, je déterminai par la pression une vive douleur sur un point situé entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, et je provoquai aussitôt un vomissement. Il y avait donc là soit une adhérence, soit une pointe de hernie invisible, et je l'opérai.

En disséquant avec soin la couche grasseuse sous-cutanée, je trouvai sur la ligne médiane une petite hernie épiploïque faisant saillie à travers l'aponévrose par une fente ; cette hernie était grosse comme deux têtes d'épingle, perdue dans la graisse et impossible à découvrir par la palpation ; il n'y avait pas de sac et la frange se continuait directement avec l'épiploon. Résection, suture, fermeture de la plaie ; le malade fut radicalement guéri.

OBSERVATION VI

(Dr Charles Greene-Cumston de Boston).

Un étudiant âgé de 23 ans, consulta l'auteur au sujet d'une certaine douleur de la région épigastrique ressentie spécialement après un copieux repas. Cette douleur était quelquefois accompagnée de vomissements. Ces indigestions, pour nous servir du terme employé par son médecin, se produisaient plus ou moins violentes depuis ces neufs derniers mois, mais depuis quelque temps elles étaient devenues plus pénibles et il avait remarqué depuis peu que la douleur était devenue plus

vive dans la région de l'ombilic ; le malade souffrait aussi d'une opiniâtre constipation.

L'examen nous montra un homme bien constitué ; l'inspection de l'abdomen, le malade couché, ne décelait rien d'anormal ; mais, quand on le pria de se lever, une petite saillie apparaissait à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Il n'y avait pas trace de hernie ombilicale et l'examen démontra que l'orifice ombilical était presque fermé.

Quelques jours plus tard, après éthérisation, l'ombilic fut incisé et à 3 centimètres au-dessus, on trouva une étroite ouverture dans la ligne blanche à travers laquelle le péritoine était attiré par un repli propéritonéal. L'étroite ouverture fut agrandie, le péritoine fut tiré et, après l'ouverture du sac et la réduction de l'intestin, le collet du sac fut ligaturé et le sac enlevé. La ligne blanche fut fermée en superposant son bord droit à son bord gauche et suturée avec de fort celluloïde parsemé de sutures capitonnées. La suture de la peau fut faite à la soie. Le fils furent enlevés au bout de huit jours et le malade fut complètement guéri en trois semaines. Deux ans après l'opération il n'y avait pas encore eu de récurrence.

OBSERVATION VII

(Dr Charles Greene—Cumston de Boston).

Homme de 44 ans, commis dans un magasin de nouveautés. Il se plaignait depuis huit ou neuf ans de ce qu'il pensait être une dyspepsie : douleurs dans la région de l'estomac après un repas copieux, suivies de temps en temps de vomissements. Le

malade était constipé et souffrait occasionnellement de maux de tête. Il suivit, sans succès, plusieurs traitements prescrits par des médecins qui diagnostiquèrent chacun une affection différente de l'estomac.

Quand nous vîmes le malade pour la première fois, il était extrêmement maigre, et à l'examen, nous trouvâmes une tumeur ovale de la grosseur d'un œuf de poule, située à peu près à cinq travers de doigt au-dessous de la pointe du sternum, dans la ligne blanche. La surface de la tumeur était bosselée et le palper démontra qu'elle était formée de deux masses, la supérieure étant la plus volumineuse. Le palper était peu douloureux. Quand le malade toussait, nous pouvions sentir une impulsion de la tumeur qui certainement augmentait de volume quand on produisait une augmentation de la tension intra-abdominale.

Le diagnostic de hernie épigastrique fut fait et l'opération conseillée.

L'incision cutanée faite sur la ligne médiane fit découvrir deux lipomes propéritonéaux, chacun sortant par un anneau différent. Ces anneaux étaient à une distance de 2 centimètres et demi l'un de l'autre. Le tissu fibreux de la ligne blanche entre les deux anneaux fut incisé et les deux orifices herniaires furent ainsi mis en communication.

Les sacs furent ouverts séparément et leur contenu formé par l'épiploon très adhérent, fut détaché et réduit dans l'abdomen ; chaque sac fut lié au collet et réséqué avec le lipome. Nous fermâmes la ligne blanche comme dans les autres cas. Le malade fit une convalescence parfaite, et, pouvant bien digérer, il gagna plus de 10 kilogrammes en six mois.

Trois années et sept mois après l'opération il se trouvait en parfaite santé et n'avait pas eu de récurrence de ses hernies.

OBSERVATION VIII

Maunoir de Genève (*Journal de médecine et de chirurgie*, par Corvisart, Leroux, Boyer, t. 20, page 327, 1810).

Un ouvrier âgé d'environ 32 ans, d'une taille au-dessus de la moyenne et digérant habituellement très bien, commença en 1794 à éprouver des douleurs à la région ombilicale un certain temps après les repas, ce qui eut lieu le printemps et l'automne seulement, pendant plusieurs années, ensuite du printemps à l'automne sans interruption et enfin toutes les saisons indifféremment. Pendant les deux ou trois premières années, la maladie ne se manifestait que par les douleurs dont nous venons de parler : mais depuis, une tumeur assez dure s'est montrée un peu au-dessus du nombril ; elle était très sensible au toucher cinq ou six ans après et paraissait être stationnaire. Voici quelle était à cette époque la situation du malade.

Une heure environ après le déjeuner, il ressentait dans la région du nombril une douleur analogue aux maux de ventre ordinaires et qui se prolongeait jusqu'à 11 heures, souvent jusqu'à midi, heure du dîner. Vers les 2 heures $1/2$ le mal se faisait sentir de nouveau et durait jusqu'à 5 ou 6 heures du soir, quelquefois plus tard. Pendant la nuit, le malade n'éprouvait ordinairement, aucune incommodité, et le matin, il se trouvait parfaitement bien.

La nature des aliments n'avait aucune influence sur les paroxysmes, mais l'introduction, pendant leur durée, de quelque substance alimentaire ou médicamenteuse peu active et particulièrement du lait chaud, était presque toujours suivie d'un soulagement marqué. Le malade se soulageait encore assez souvent lorsqu'il comprimait sur un banc ou sur un lit les parties voisines du nombril ; on crut en conséquence que l'application d'un bandage pourrait lui être utile et on lui en fit faire un ; mais il ne remplît pas le but qu'on se proposait.

Cet homme étant venu à Genève, en 1802 du mois d'avril, s'adressa à M. Maunoir aîné, chirurgien d'une grande réputation. Celui-ci ayant pris connaissance des symptômes de la maladie reconnut l'existence d'une tumeur non susceptible de réduction entre l'épigastre et l'ombilic, soupçonna une hernie épiploïque de la ligne blanche et engagea le malade à subir une opération qui, dans tous les cas, ne pourrait avoir que de légers inconvénients et dont il espérait quelque succès ; cette opération fut faite le 8 du même mois.

Après avoir fait à la peau qui est en avant de la ligne blanche, une incision longitudinale, M. Maunoir vit distinctement à cette région deux tumeurs piriformes rouges, assez fermes, et ayant beaucoup d'analogie avec les polypes de l'utérus, dont l'une qui était supérieure avait la grosseur d'une fève de marais, et l'autre celle d'un œuf de pigeon. Les ouvertures par lesquelles ces tumeurs communiquaient avec les parties contenues dans l'abdomen étaient extrêmement étroites. M. Maunoir hésita pour savoir s'il les dilaterait afin d'amener au dehors les organes contigus qui pourraient participer à la dégénération que les tumeurs présentaient ; mais n'ayant rien remarqué qui indiquât une lésion située plus profondément, il fit l'excision de

chacune de ces tumeurs et laissa rentrer dans le ventre les pédicules qui les supportaient.

Dès cet instant tous les symptômes qui auraient pu faire croire à une maladie de l'estomac disparurent tout à fait et pour toujours ; la plaie se réunit à peu près par première intention, quelques points seulement suppurèrent pendant une huitaine de jours.

OBSERVATION IX

Laparotomia per ernia epigastrica. Professeur Agostinelli,
Racéogliotoni, med., Forti, 1888.

G. F..., fermier, âgé de 41 ans, maigre, mais assez bien musclé, sans antécédents personnels ni héréditaires. Il y a dix ans, il s'est aperçu qu'il ne pouvait plus se livrer aux durs travaux de la campagne ; à la fatigue qu'il éprouvait venaient s'adjoindre des douleurs vagues dans la région épigastrique. Son appétit avait diminué. Il s'aperçut de la présence d'une tumeur du volume d'une cerise au creux de l'estomac. Les douleurs augmentèrent ainsi que l'inappétence, des vomissements survinrent. Le malade entra à l'hôpital ; le repos amena la disparition des douleurs, il retourna à la campagne.

En 1885, il revint à l'hôpital ; à l'examen on trouve à 6 centimètres de l'appendice, une tumeur grosse comme une aveline molle, pâteuse, indolente, irréductible, mate à la percussion. L'ingestion de liquide gazeux n'augmentait ni le volume, ni la densité de la tumeur, mais provoquait des vomissements : c'était probablement une hernie épiploïque.

Application d'un bandage maintenu par des bretelles. Tout d'abord amélioré par ce traitement, il revint à l'hôpital dans des conditions plus mauvaises.

Amaigri, abattu, il vomissait huit ou dix fois par jour. Les selles étaient rares et en petite quantité, il se plaignait de douleurs en cintre vives et continues. Le ventre était ballonné. La tumeur n'avait pas augmenté de volume, elle se réduisait et se maintenait réduite tant que le malade restait couché. L'opération fut donc proposée au malade qui sur les conseils de sa femme sortit de l'hôpital pour consulter un sorcier. Quarante jours après, il rentra à l'hôpital dans un état très grave : des vomissements, le visage était terne, le corps baigné d'une sueur froide, la respiration lente et irrégulière, le pouls faible et ralenti. Le malade se plaignait de douleurs épigastriques très vives, d'une constriction œsophagienne intense et il demandait un prompt soulagement.

L'opération fut faite le 16 mai. Le malade étant endormi, on pratiqua une incision de la peau de 8 centimètres. La hernie fut découverte et le sac ouvert, il contenait de l'épiploon adhérent à la périphérie et réductible à la partie centrale. L'anneau constricteur était formé par des fibres aponévrotiques. L'aponévrose et le péritoine furent incisés sur une longueur égale à celle de l'incision cutanée. L'épiploon qui a son point d'attache à la grande courbure de l'estomac, avait la forme d'un repli retourné en haut et adhérent par une de ses faces à l'estomac et par l'autre à la surface péritonéale et au côlon transverse. La hernie épiploïque fixée à l'estomac s'opposait à ses mouvements, surtout quand les aliments pénétraient dans l'estomac. Le côlon transverse attiré par les adhérences était manifestement gêné dans son fonctionnement. Avec beaucoup

de patience et de difficultés les adhérences avec le péritoine, l'estomac et le côlon furent détruites, jusqu'à ce qu'on vît l'épiploon s'abaisser dans sa position naturelle. La plaie fut suturée, nettoyée, pansée à la gaze iodoformée. La température de notre opéré oscilla entre 36°2 et 37°5, s'élevant au seizième jour à 38°2. Cette élévation était due à la suppuration d'un point de suture, ce qui ne donna lieu du reste à aucune complication.

Les douleurs et les vomissements disparurent, l'appétit et les forces revinrent et le malade quitta l'hôpital vingt-quatre jours après, parfaitement guéri; vingt mois se sont écoulés, la guérison s'est maintenue et le sujet a repris ses rudes travaux.

OBSERVATION X (Personnelle).

(Recueillie à la consultation de M. le Dr Le Noir, à l'hôpital Saint-Antoine).

X..., 69 ans, ébéniste, entre à l'hôpital pour bronchite. Il est porteur d'une hernie épigastrique de la grosseur d'un œuf et située à 4 centimètres de l'ombilic. Cette hernie a débuté il y a dix ans. Il n'en a jamais souffert, elle est peu douloureuse à l'examen. Il n'a jamais porté de bandage. Ce malade est porteur aussi d'une hernie inguinale opérée il y a dix ans et qui a récidivé ; il est très anémié et ne supporterait en ce moment aucune intervention.

OBSERVATIONS XI et XII (Rewitzoff).

I. *Hernie mésentérique de la ligne blanche.* — Un homme de 40 ans s'adresse à la clinique du professeur Kocher pour une petite tumeur au ventre dont il avait remarqué l'existence depuis deux ans. Ce malade a depuis longtemps une hernie (inguinale ?). La tumeur ci-dessus est de la grosseur d'une noisette, elle ne cause aucune espèce de souffrance, elle est située sur la ligne médiane du ventre, à une largeur de doigt du nombril. L'incision faite dans un but opératoire découvre une boule de graisse, prolongation du mésentère avec foyer inflammatoire. Résultat de l'opération, guérison en cinq jours. Pas de récurrence après un an et deux mois.

II. *Hernie épigastrique de la ligne blanche.* — Un malade de 54 ans, s'adresse à la clinique du professeur Kocher.

Il y a dix ans il remarqua sur le ventre une tumeur de la grosseur d'une cerise. Pendant de longues années elle ne lui causa aucune souffrance, mais il y a quatre ans, elle augmenta subitement pendant un effort et lui causa pour la première fois de la douleur. Tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, à deux travers de doigt au-dessus du nombril. Sur le désir du malade, on procéda à l'opération pendant laquelle on découvrit une boule de graisse ; guérison en dix-huit jours, pas de récurrence après neuf mois.

OBSERVATION XIII (inédite).

(Dr Berthomier, chirurgien en chef de l'hôpital civil
de Moulins).

P... J... de Moulins, 56 ans, souffrant depuis vingt-sept ans. Pendant neuf ans, a subi sans le moindre succès toutes les médications les plus variées ; depuis dix-huit ans en présence de cet insuccès il suit un régime lacté exclusif qui ne lui a pas apporté le moindre soulagement. Avant tout examen, il commence par me dire : « Monsieur, que je boive du lait ou que je mange autre chose, je souffre autant une fois que l'autre ». A ma première visite il accepte l'intervention que je pratique quatre jours après : vastes adhérences épiploïques à la grande courbure et au ligament falciforme, — libération complète, — suites : depuis deux ans le malade mange de tout, ne souffre jamais et a engraisé.

OBSERVATION XIV (inédite).

(Dr Berthomier, *idem*).

D... J..., 30 ans, de Moulins. Mêmes symptômes que le précédent, refuse d'abord toute intervention, entre enfin dans mon service sur l'avis de son médecin pour se faire opérer d'*appendicite*. Intervention : vastes adhérences reliant la hernie épiploïque au ligament falciforme qui est énorme. Pas d'*appendicite*.

OBSERVATION XV (inédate).

(Dr Berthomier, *idem*).

Dame X..., 36 ans, souffre depuis dix-huit ans, a fait une douzaine de saisons à Vichy, trois à Nérès sans qu'on ait prêté attention à une hernie épigastrique. Guérison complète après opération.

OBSERVATION XVI (inédate).

(Dr Berthomier, *idem*).

Veuve B..., 47 ans, éprouve depuis quinze ans de violentes crises gastriques qui n'ont été améliorées ni par les médicaments ni par les régimes prescrits. Hernie épigastrique avec tumeur sous-jacente, adhérente à la paroi abdominale. En raison des vomissements, de l'émaciation et des crises douloureuses le diagnostic est hésitant entre : hernie épigastrique, ulcère simple de l'estomac, néoplasme de l'estomac. Laparotomie. Hernie épiploïque avec vaste gâteau épiploïque adhérent au ligament falciforme qui est lui-même très augmenté de volume. Rien à l'estomac. B... est mort deux ans après dans les environs de Paris, pas de renseignements sur les causes de sa mort.

CONCLUSIONS

1° La hernie épigastrique est une affection qui a été de tout temps, et très souvent est encore de nos jours méconnue par les médecins.

2° Son étiologie ne diffère pas sensiblement de l'étiologie générale des hernies : augmentation de pression intra-abdominale, diminution de résistance des tissus (fréquence relative chez les travailleurs des champs).

3° Les troubles intestinaux reconnaissent comme cause des réflexes dont le point d'excitation est produit au niveau de l'anneau par compression des pédicules des intercostaux ou des fibres nerveuses péritonéales ou par le tiraillement d'une corde épiploïque excitant l'intestin ou l'estomac. Ce mode pathogénique reçoit une certaine confirmation des données expérimentales récentes de la physiologie. Heger, 1904 ; Powlow, 1905.

4° Le diagnostic est difficile en raison de l'extrême variabilité des symptômes et doit être fait par l'examen attentif de la région épigastrique. En l'absence de toute tumeur et aussi de tout autre ensemble de signes caractéristiques, la non-influence du régime

alimentaire sur la digestion, l'atténuation des douleurs dans certaines positions (décubitus dorsal) peuvent être considérées comme signes présomptifs de hernie épigastrique.

5° La hernie épigastrique peut simuler toute affection gastrique primitive ou secondaire.

6° Le traitement réside dans la cure radicale, opération délicate, mais sans gravité.

Vu: Le Président de la Thèse,

BRISSAUD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER. — In *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 2^e édition, 1898, tome VI.
- BOHLAND. — *Berl. Klin. Woch.*, 1894, 11, 34.
- BONNET. — Thèse de Paris, 1887.
- BOUVERET. — *Maladies d'estomac*. Paris, 1893.
- BOYER. — *Traité des mal. chir.*, 1822, t. VIII, p. 513 et suivantes.
- BROUARDEL et GILBERT. — *Traité de médecine*.
- BUDINGER. — *Wiener Klin. Woch.*, 1897, p. 491.
- Bulletin médical de l'Algérie*, 1905, XVI, 317, 321.
- CHAILLOUX. — *Etude sur la hernie épigastrique et son traitement*. Thèse de Paris, 1893-1894.
- Compte rendu de la Soc. biolog.*, Paris, 1903.
- CONTARET. — Paris. Masson, 1890, *Dyspepsie et catarrhe gastrique*.
- DAMBRIN (G.). — *Grosse hernie ombilicale coexistant avec une hernie épigastrique, omphalectomie*. Toulouse méd. 2 s., 63-66.
- DUBAR. — *Echo méd. du Nord*. Lille, 1901, V, 202-213.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Clinique thérapeutique*, t. IV, p. 515.
- EICHEL. — *Ueber hernia epigastrica*. Munchen méd. Wechnscher, 1900, XLVII, 426-428.
- FLEURY. — Thèse de Paris, 1897-1898.
- GARENGEOT. — *Mémoires à l'Académie de chirurgie*, 1743, t. I, p. 705.
- GAUTHIER (R.). — *Sur les vomissements incoercibles dans la hernie épiploïque non étranglée irréductible*. Ass. franç. de chir. Procès-verbal. Paris, 1904, XV, ii, 667-669.
- HAYEM. — *Des crises gastriques*. Clinique médicale in *Bulletin médical*, 1894, p. 459.
- In *Clinique thérapeutique*, G. Lyon, Paris, 1903.
- HEGER. — *Fonctions du grand épiploon*, Ann. Soc. roy. des sc. méd, et nat. de Bruxelles, 1904, XIII, fasc. 1, pl. 4, 1-29.

- GEOFFROY (J.). — Compte rendu, Congrès méd. int. Bordeaux, 1895.
- Clinique française, 1896.
- LANGLOIS et DE VARIGNY. — Eléments de physiologie. Paris, 1893.
- LEBOEUF. — Thèse de Paris, 1895-1897.
- LEPAGE. — Thèse de Paris, 1888.
- LITTEN. — Berlin Klin. Wochens., 8 avril 1875, p. 306.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). — L'épiploon dans les hernies. Rev. gén. de chir. et de thérap., Paris, 1905, XIX, 135.
- MAUNOIR (de Genève). — Journal de méd. et de chir. Paris, 1810, t. XX, p. 327.
- NIEHNES (Dr). — Berlin Klinik, 1895, n° 80.
- PIPELET (le jeune). — Mémoires de l'Acad. roy. de chir., t. II, p. 195.
- PONCET. — Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales. Paris, 1877.
- POIRIER. — Traité d'anatomie. Paris, 1901, p. 468 et suiv.
- POULET et BUSQUET. — Pathologie externe. Paris, 1885.
- POWLOW. — V. Bulletin médical de l'Algérie.
- REIVITZOF. — Journal des praticiens, 7 novembre 1896.
- ROMANINE (I.-A.). — Les hernies épigastriques. Wratch. Saint-Petersbourg, 1901-1902. XXII, 1095-1097.
- RUILLEZ. — Troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques. Thèse de Paris, 1899-1900.
- TÉMOIN (Dr). — Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche. Archiv. prov. de chir. Paris, 1902, XI, 215-220.
- TERRIER. — Revue de chirurgie, 1889.
- TESTUT. — Système nerveux.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
- VERNET. — Thèse de Paris, 1891.
- VIDAL DE CASSIS. — Des hernies ombilicales et épigastriques. Thèse d'agrég. Paris, 1848.
- VITZEL (Oscar). — Hernie médiane de l'abdomen. Berlin, 1890.
- ZABÉ. — Hernie ombilicale et entéroptose en corrélation de cause à effet. Compte rendu du XXIII^e Congrès de méd. int. Soc. de path. int. 140-141. Paris, 1901.